Dr. Ute Krüger - COVID-19 Vaccination: Observations of a Pathologist (2nd Medical Symposium)

September 18, 2022

Full transcript of the presentation in:

German (Original) | *Deutsch (Original)* Page 2
English (Translated) | *Englisch (Übersetztes)* Page 6

Source Video URL:
https://www.youtube.com/watch?v=Jtk1A_SRiO0

[Musik]

[Präsentator]

Ich freue mich auf Dr. Ute Krüger. Da steht sie schon. Sie ist eigens für dieses Symposium aus Schweden angereist, das heißt, am Freitag schon in Wien. Aber für diese beiden... Und jetzt kommen wir wirklich in den Bereich der Pathologie. Frau Dr. Krüger ist Pathologin und Oberärztin in einem regionalen Krankenhaus in Schweden. Spezialgebiet: Mammakarzinome. Seit fast einem Jahr geht es in der Frage nach: Warum steigt die Brustkrebsrate an, und gibt es ein Zusammenhang mit der Impfung? Bitte schön.

[Dr. Ute Krüger]
Meine Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung hier nach Lahnstein, die ich gerne angenommen habe. Und jetzt, wenn Sie sich vielleicht fragen, warum bin ich nicht im schönen Schweden... Ich schließe da an, wo mein Vorredner aufgehört hat. Das ist so, dass ich also Anfang des Ausbruchs von COVID-19 recherchiert habe und festgestellt habe, dass die Mortalität bei 2 % liegt. Im Vergleich dazu hat die Sarkoidose, also eine der häufigsten interstitiellen Lungenerkrankungen in Westeuropa, eine Mortalität von 5 %. Und ich weiß nicht, ob Sie in den Medien schon mal etwas von einer Sache wie dieser gehört haben. Und dazu kommt noch, dass der Pandemiebegriff, der jetzt also gültig ist, mir ganz anders beigebracht wurde, das hat Professor Schott ja schon drauf eingegangen. Und dann war ich also in der Folgezeit sehr aufmerksam und habe also alles ganz genau beobachtet. Ich bin seit 25 Jahren in der Pathologie tätig und seit 18 Jahren beschäftigt mich hauptsächlich mit Mama...

Und seit acht Jahren habe ich auch die Möglichkeit, in der Universität in Lund, Mammakarzinome zu betreiben, und habe dort 1.500 Brustkrebsfälle neu begutachtet nach den aktuell geltenden Richtlinien. Und weiß also einmal aus der Routinepathologie, als auch aus der Forschungstätigkeit, wie die Verteilung, also die Altersverteilung, die Tumorgröße und auch die Aggressivität damals und jetzt gerade im Routine gut aussehen müsste, was ich also zu erwarten habe. Seit Herbst 2021 habe ich den Eindruck, dass ich Material von jüngeren Patienten erhalte, die mit aggressiveren Tumoren zum Arzt kommen, dass sie also schnelles Tumorwachstum sehen und also somit größere Tumoren haben. Also eine Tumorgröße von 4 cm ist keine Seltenheit, und der größte Tumor, den ich gesehen habe, war 16 cm groß, und so etwas habe ich vorher noch nicht gesehen in der Brust. Zudem kommt es zu multifokalen Tumorwachstum und auch bilateral, also beide Brüste sind befallen. Sehen Sie, meine Bemühungen auf der zweiten Pathologie-Konferenz, Kollegen zu finden, die mir helfen, meine Hypothese vom Turbo-Krebs zu bestätigen oder zu widerlegen, ist auf keine große Resonanz gestoßen. Ich würde ganz gerne ins Detail gehen.

Wenn wir uns die Aggressivität anschauen, würde ich Ihnen gerne ein paar Bilder zeigen. Ich liebe ja, wie der große Burg, auch Bilder, histologische Bilder, und das ist vielleicht für Sie jetzt nicht so ganz einfach, das zu deuten. Ich versuche zu erklären. Sie sehen im Hintergrund diesen rosa Bereich, das ist Tumorgewebe. Und dann sehen Sie diese dunkleren drüsenartigen Strukturen, das sind also die Tumordrüsen. Und ich habe jetzt hier einen gut differenzierten Tumor ausgesucht. Man sieht also relativ wenig Tumordrüsen in diesem Sommer. Und das oben steht für Hämatoxylin, das ist die Routinefärbung in der Pathologie. Und dazu im Vergleich sehen Sie hier einen mehr kompakt wachsenden Tumor mit relativ wenig Stroma, es sind größere Kerne zu sehen, und dieser... Es gibt sicherlich auch Tumoren, die gigantische Zellkerne haben, aber bei diesem Tumor war die proliferative Aktivität sehr eindrucksvoll. Die stehen dann im nächsten Bild, das ich Ihnen zeigen möchte.

Zur proliferativen Aktivität kann man sagen, dass ungefähr zwei Drittel der Mammakarzinom-Fälle gering proliferierend sind, davon geht man aus, und ungefähr ein Drittel hochproliferierend. Und um diese Aktivität herauszubekommen, gibt es also den immunhistochemischen Marker KI-67, den Sie vielleicht kennen. Und wenn man sich jetzt hier die beiden Tumoren noch mal mit KI-67 anschaut, sieht man, dass also wenige Zellen braun gefärbt sind, das sind also die, die in die Proliferation in dem

Tumor einbezogen sind. Es sind ja also in dem Bereich ja weniger als 10 % in diesem Tumor, in dem gut differenzierten Tumor. Und wenn Sie sich dann den zweiten Tumor dazu ansehen, das ist genau die gleiche Vergrößerung, sieht man also, dass etwa 70 % der Tumorzellen, also mehr als zwei Drittel der Zellen, proliferieren und also in die Zellteilung einbezogen sind. Also ein sehr schnell wachsender Tumor. Und solche aggressiv wachsende Tumoren sind wahrscheinlich jetzt häufiger zu haben. Die Aggressivität sieht man natürlich auch in den Mitosefiguren. Das ist ja nur ein Teil des Zellzyklus. Das sehen Sie hier an den mit Pfeilen markierten Bereichen, die verschiedenen Mitosen in einem Schnitt.

Als nächstes Auffälligkeit, die Multifokalität. Es ist so, dass, wenn ich irgendeinen Verdacht habe, dass es möglicherweise in Zusammenhang mit der Impfung gegen COVID-19 sein könnte, melde ich die Fälle alles in die schwedische Arzneimittelbehörde. Und den letzten Fall, den ich nicht in der letzten Woche angemeldet habe, war diese Patientin. Sie hatte also in einem Bereich von 13 cm ein duktales Karzinom. Sie sehen also ein Tumorwachstum in den Gängen. Und in diesem Bereich hatte sie 20 invasive Herde. Der größte Tumor war 3,5 cm groß. Und Sie sehen, der blaue Bereich ist also der Bereich des Duktus. Hat sie nur... Man sieht also letztendlich diesen gesamten Tumorkomplex, und das rot markierte sind die immer 7 Jahre. Und in diesem Schnitt sind also schon mal sieben. Und es fand sich außerdem ein ausgeprägtes Wachstum in den Lymphgefäßen, auch weit außerhalb des eigentlichen Tumorgeschehens. Und es waren schon vier Lymphknoten befallen.

Ein weiterer Aspekt sind die Rezidive. Ich bin der Meinung, dass ich mehr Material von Patienten halte, die also vor 10, 15, 20 Jahren irgendwann mal ein Mammakarzinom hatten, und die relativ kurze Zeit nach der Impfung gegen COVID-19 ein Rezidiv bekommen. Und es handelt sich also um ein exklusives Tumorwachstum. Und das ist nicht selten, dass die Patienten dann innerhalb von wenigen Monaten verstärken. Hier habe ich ein Beispiel einer 80-jährigen Frau. Die wurde vor sieben Jahren mit einer Sektorresektion der Brust operiert. Es wurde also nur ein Teil der Brust mit dem Tumor ausgenommen. Der ist der der Brust bei der Patientin. Und man sieht dieser grünen markierte Bereiche, ich hoffe Sie können das sehen, ich sehe das von hier ein bisschen schlecht. Das ist grün, ist dieser große Bereich, es ist Narbengewebe, und man sieht also dieses Duktuskarzinom. Man sieht also Strom, man sieht relativ kleine Tumorzellen verteilt in diesem Sommer. Und links sehen Sie den aggressiv wachsenden Tumor mit einem mehr kompakten Wachstum.

Ein weiterer Aspekt sind die koinzidenten Tumoren. Vor meinem Sommerurlaub hatte ich innerhalb von drei Wochen drei Patientenfälle, bei denen die Patienten drei verschiedene Tumoren in verschiedenen Organen haben. Und es handelt sich dabei also um Primärtumoren in diesen Organen. Ich hatte also einen Fall, hatte eine Patientin, von der ich Gewebe ihres Mammakarzinoms erhielt und sah also in der unserem Laborliste, dass sie also zur gleichen Zeit ein gerade diagnostiziertes Lungenkarzinom und einen Nierenkrebs hat, alles primäre Tumoren in diesen Organen. Und ein schwedischer Kollege, der als Uropathologe tätig ist, hat mir auch bestätigt, dass die Tumorkonferenzen immer komplizierter werden. Dass die Patienten Tumoren in verschiedenen Organen haben, Primärtumoren in verschiedenen Organen. Und das ist also das, merke ich nicht nur. Und zum Thema Tumorkonferenz kann ich sagen, am Dienstag hatte ich die größte Tumorkonferenz meines Lebens mit 34 Patienten. So viel hatte ich noch nie, und das eben in den letzten 18 Jahren. Es wird mehr und mehr, und die Fälle werden immer komplizierter.

Ein nächster Aspekt sind gutartige Tumoren. Ich bin der Meinung, dass ich mehr Fibroadenome sehe bei den Patienten. Und also das sind Tumoren, die eine Stromakomponente haben und eine drüsige Komponente, und dass die Tumoren relativ groß sind. Hier habe ich mal ein Beispiel eines Fibroadenoms mit blau gekennzeichnet. Und da sehen Sie das, ungefähr ja zwei Drittel des Tumors mit Stroma, etwas dunklerem Stromer sind, und dann liegen ja die kleinen Drüsen drin. Und das ist ein Fibroadenom. Das ist jetzt nicht in den letzten Wochen entstanden, das gab's da schon also ein paar eine gewisse Zeit. Und dann ist mir aufgefallen, dass ich jetzt häufiger Fibroadenome sehe mit solchen proliferativen Domänen, mit diesem roten Ring da, sieht man also, dass Stroma ist etwas heller, das ist ödematös. Und das sieht so aus, als wenn da irgendwas passiert. Ich habe auch Tumoren gesehen, also die durchgehend so aussehen wie dieser rot markierte Bereich. Und das habe ich früher so nicht gesehen. Und dazu kommt noch, es gibt also noch Phyllodestumoren, die sehr selten sind. Und da haben wir also in den letzten drei Monaten in unserem Institut drei Tumoren gehabt. Das ist... Das geht eigentlich gar nicht, das ist viel zu viel. Und diese Tumoren wachsen eben

schneller und können auch größer werden im Gegensatz zum Fibroadenom, was Sie dort auf dem Bild sehen.

Eine weitere Auffälligkeit sind die entzündlichen Prozesse im Brustdrüsengewebe. Ich sehe nicht selten im Tumor als auch im umgebenden Brustdrüsengewebe Entzündung. Hier mal ein Beispiel eines präexistenten Milchgangs, ist dieses schräge Gebilde, was Sie dann in der Mitte sehen. Und dort sieht man also sowohl die periduktal, also um diesen Gang herum, als auch im Epithel diese kleinen dunklen Punkte. Und es handelt sich hierbei um Lymphozyten. Und ich sehe auch nicht selten colitisähnliche Veränderungen in den Präparaten, also entzündliche Veränderungen um die Gefäße. Und die Erklärung der entzündlichen Prozesse haben ja meine Vorredner schon angeschnitten und versucht zu erklären.

Und wenn wir zu den Tumoren gehen, auch da hat mein Vorredner schon viel dazu berichtet. Ich habe jetzt nur mal einen Artikel herausgesucht. Das war relativ zu Anfang Oktober letzten Jahres. Da wurde also von Forschern aus Schweden gezeigt, dass das Rufzeichen Protein den DNA-Reparaturmechanismus beeinflusst. Das war in vitro. Und ich befürchte, dass es in der Realität auch der Fall ist. Nach meinem Interview mit mir im Reichel im Februar diesen Jahres, das fast 229.000 Klicks erhalten hat, haben sich zahlreiche Patienten, Ärzte, Bekannte und Verwandte gemeldet. Fälle, die aus eigener Erfahrung berichten oder eben von Angehörigen. Ich habe hier mal einen Fall ausgesucht und würde Sie bitten, das selbst zu lesen. Hier ist eben auch erkennbar, dass das Patientenalter und die Lebensgewohnheiten überhaupt nicht zu einem aggressiven Lungenkarzinom passen. Und da habe ich auch von mehreren Kollegen gehört, dass es nicht nur in der Lunge so der Fall ist, sondern dass es in anderen Organlokalisationen auch so aussieht. Es ist also auch ein sehr ungewöhnlicher Fall.

Und nach meinem Vortrag in Oslo im Juni diesen Jahres vor norwegischen Ärzten und Pflegepersonal melden sich relativ viele Patienten, Angehörige und Kollegen. Sie schicken mir Fallbeschreibungen. Und da sehe ich eben, dass meine Theorie des Turbo-Krebses nach Impfung gegen Covid-19 zutrifft. Von mehreren deutschen Gynäkologen habe ich auch gehört, dass junge Patienten mit aggressiv wachsenden Tumoren kommen. Und das eben kurze Zeit nach der Impfung. Traurigerweise ist es so, dass ich bei mir auch zahlreiche Patienten melden, die akut Hilfe benötigen. Aber ich kann ihnen als Pathologin leider nicht helfen. Sie wenden sich an mich aufgrund von Nebenwirkungen oder Turbo-Krebsfällen und schreiben mir, dass sie von ihren behandelnden Ärzten nicht für voll genommen werden. Das ist bei den meisten Ärzten nicht nur in Schweden scheinbar der Fall. Keine Nebenwirkungen gibt es nach dieser Impfung gegen Covid-19.

Zur Statistik: In Vorbereitung auf den heutigen Tag habe ich versucht, Zahlen mit Zahlen in Einklang zu bringen. Muss aber kurz liegen die Zahlen. Dann war ich zunächst enttäuscht, weil in unserem Material im Institut, was ein relativ kleines Institut ist, überhaupt kein Trend zu sehen war. Ich habe nach der Anzahl der Patientenfälle, dem Patientenalter und der Tumorgröße geguckt. Bei weiterer Überlegung ist mir aufgefallen, so einfach kann es nicht sein. Wir haben sehr viele Fälle, bei denen die Patienten eine neoadjuvante Behandlung bekommen, also eine Behandlung vor der Operation, die dazu führt, dass der Tumor zum Teil ganz verschwindet. Das betrifft häufig die HER2-positiven Tumoren. HER2 ist ein Protein, das den Tumorzellen hilft, schneller zu wachsen. Oder bei den Triple-negativen Tumoren, bei denen die Hormonrezeptoren negativ sind. Das bedeutet, dass Hormone wie Östrogen und Progesteron auch negativ sind. Und der HER2-Status ist auch negativ. Bei den HER2-positiven und den Triple-negativen Patienten sieht man häufig einen vollständigen pathologischen Rückgang. Das bedeutet, dass man sie im Operationsschnitt nicht mehr sehen kann. Bei uns ist es so, dass wir die Tumorgrößen in unseren Operationsschnitten in unserem Statistiksystem einschreiben. Alle Daten sind im System vorhanden, aber die ursprüngliche Tumorgröße erscheint nicht in unserem System, wenn man also die Statistik erstellt. Das verfälscht die Daten.

Nun werden Pathologen oft mit Obduktionen verknüpft. Das ist nur ein sehr geringer Teil meiner Arbeit. In den letzten Monaten habe ich jedoch auf eigenen Wunsch einige Obduktionen durchgeführt, und drei davon stehen in Zusammenhang mit der Impfung gegen Covid-19. Es gibt hier jedoch nicht viel Zeit dafür. Ich würde gerne auf das Video von Oslo hinweisen. Aber ich würde gerne die Probleme

im Zusammenhang mit Obduktionen darlegen, die ich sehe. Das erste Problem ist, dass gar keine Obduktion durchgeführt wird. Es besteht kein Interesse daran, nachzusehen. Das ist schon mal das erste Problem. Dann kommt dazu, dass falsche Angaben von den Klinikern gemacht werden. Ich habe bei uns im Institut eingeführt, dass es in diesem elektronischen Überweisungsschein ein Kästchen gibt. Da muss der klinische Arzt eintragen, ob die Person gegen Covid-19 geimpft ist, ja oder nein. Und da bekommen wir ein "Nein", obwohl der Patient oder der Verstorbene bereits gegen Covid-19 geimpft wurde. Also, wenn man schon vorher sagt, dass es möglicherweise mit der Impfung zu tun hat, muss man viel mehr Gewebeproben nehmen. Wenn jedoch schon "Nein" angekreuzt ist, denkt man, dass es nicht wichtig ist, und man muss es nicht machen.

Das fängt also schon mal an, dass falsche Angaben gemacht werden. Und dann kommt das nächste große Problem: Viele Kollegen führen gar keine histologische Untersuchung durch. Das bedeutet, es wird kein Material für die Mikroskopie zur Verfügung gestellt, und dann kann ich natürlich auch viele Veränderungen nicht sehen. Und dann kommt dazu, dass man die Befunde nicht in ihrem Zusammenhang sieht oder vielleicht auch gar nicht kennt. Wie man sagt, man sieht nur, was man weiß, und ich möchte hinzufügen, dass man auch nur das sieht, was man sehen möchte. Schlussendlich scheint die Impfung gegen Covid-19 schnell wachsende Tumoren und Turbo-Krebsfälle auszulösen. Auch Entzündungen im Körper, wovon mein Vorredner schon gesprochen hat.

Da wir uns hier im Bruckerhaus, einem Zentrum für Gesundheitsberatung, befinden und die Ernährung eine sehr wichtige Rolle spielt, würde ich Ihnen gerne zeigen, wie schön die Natur ist und wo ich mich manchmal ernähre. Seit einem Jahr beschäftige ich mich mehr mit der Kraft unserer Natur und mit Wildkräutern. Vor allem vor ein paar Wochen hatte ich zum Abendbrot diese Pflanzen gesammelt. Das sind 35 verschiedene Pflanzen, darunter Stauden, Sträucher und Wildkräuter. Diese geben mir Kraft und Zuversicht für die Zukunft. Ich danke Ihnen.

[Applaus]

[Musik]

[Music]

[Presenter]

I am pleased to introduce Dr. Ute Krüger. There she is. She has come all the way from Sweden for this symposium, arriving in Vienna last Friday. Now, we are entering the field of pathology. Dr. Krüger is a pathologist and senior physician at a regional hospital in Sweden, specializing in breast carcinomas. For almost a year, she has been investigating the question: Why is the breast cancer rate rising, and is there a connection with vaccination? Please go ahead.

[Dr. Ute Krüger]
Ladies and gentlemen, thank you for the invitation to Lahnstein, which I gladly accepted. Now, you might be wondering why I'm not in beautiful Sweden. I'll pick up where my predecessor left off. In the early days of the COVID-19 outbreak, I conducted research and found that the mortality rate was 2%. In comparison, sarcoidosis, one of the most common interstitial lung diseases in Western Europe, has a mortality rate of 5%. I don't know if you have heard about something like this in the media. In addition, the concept of a pandemic, as it is currently defined, was taught to me quite differently, as Professor Schott has already mentioned. Therefore, I have been very observant and closely monitoring everything since the outbreak. I have been working in pathology for 25 years and, for the past 18 years, I have been primarily focused on breast...

For the last eight years, I have also had the opportunity to conduct breast carcinoma research at Lund University, re-evaluating 1,500 breast cancer cases according to the latest guidelines. I know, from both routine pathology and research, what the distribution, age distribution, tumor size, and aggressiveness should look like. Since the fall of 2021, I have had the impression that I am receiving material from younger patients who present with more aggressive tumors, showing rapid tumor growth and larger tumor sizes. A tumor size of 4 cm is not uncommon, and the largest tumor I have seen was 16 cm, which is something I had never seen before in the breast. Furthermore, there is multifocal tumor growth and bilateral involvement, meaning both breasts are affected. You see, my efforts at the second pathology conference to find colleagues who can help me confirm or refute my hypothesis of "Turbo Cancer" did not receive much response. I would like to go into detail.

When we look at aggressiveness, I would like to show you some images. I, like Dr. Burg, also love images, histological images, and perhaps it's not easy for you to interpret them. I'll try to explain. In the background, you see this pink area, which is tumor tissue. Then you see these darker gland-like structures, which are the tumor glands. I have selected a well-differentiated tumor here. You can see relatively few tumor glands in this specimen. The top part is stained with hematoxylin, which is the routine stain used in pathology. In comparison, you can see a more compactly growing tumor with relatively less stroma. There are larger nuclei visible, and... There are certainly tumors with gigantic cell nuclei, but in this tumor, the proliferative activity was very impressive. This is seen in the next image I want to show you.

Regarding proliferative activity, it can be said that approximately two-thirds of breast carcinoma cases are considered low proliferative, and about one-third are high proliferative. To assess this activity, we use the immunohistochemical marker Ki-67, which you may be familiar with. Now, if you look at these two tumors again with Ki-67, you can see that few cells are brown-stained, indicating those involved in proliferation in the well-differentiated tumor. In this tumor, less than 10% of cells are involved in proliferation. If you then look at the second tumor, which is the same magnification, you can see that about 70% of tumor cells, more than two-thirds of the cells, are proliferating and involved in cell division. It is a very rapidly growing tumor. Such aggressively growing tumors are likely becoming more common. Aggressiveness is also evident in the mitotic figures, which are part of the cell cycle. You can see these marked areas with arrows here, indicating different mitoses in one section.

Next, an observation is multifocality. It is so that if I have any suspicion that it could possibly be related to the COVID-19 vaccination, I report all cases to the Swedish Medical Products Agency. The

last case I did not report last week was this patient. She had a 13 cm ductal carcinoma in one area. You can see tumor growth in the ducts. In this area, she had 20 invasive foci. The largest tumor was 3.5 cm in size. You can see the blue area, which represents the ductal area. She had only... Ultimately, you see this entire tumor complex, and the red markings indicate the areas every 7 years. In this section, there are already seven. There was also marked growth in the lymphatic vessels, even far outside the actual tumor site. Four lymph nodes were affected as well.

Another aspect is recurrences. I believe that I am seeing more material from patients who had breast carcinoma 10, 15, or 20 years ago, and shortly after receiving the COVID-19 vaccination, they experience a recurrence. This is exclusive tumor growth. It is not uncommon for patients to experience a significant increase in size within a few months. Here is an example of an 80-year-old woman. Seven years ago, she underwent a sector resection of the breast, where only part of the breast with the tumor was removed. That's the patient's breast. You can see these green-marked areas, I hope you can see them, it's a bit difficult for me from here. The green area is scar tissue, and you can see this ductal carcinoma. You can see stroma, you can see relatively small tumor cells distributed in this section. On the left, you can see the rapidly growing tumor with a more compact growth.

Another aspect is coincident tumors. Before my summer vacation, I had three patient cases within three weeks where the patients had three different tumors in different organs. These were primary tumors in those organs. In one case, I received tissue from a patient's breast carcinoma and saw on our lab report that she had been newly diagnosed with lung carcinoma and kidney cancer at the same time, all primary tumors in those organs. A Swedish colleague working as a uropathologist also confirmed that tumor conferences are becoming increasingly complex. Patients have tumors in different organs, primary tumors in different organs. I'm not the only one noticing this. Regarding tumor conferences, I can say that on Tuesday, I had the largest tumor conference of my life with 34 patients. I've never had so many, not in the past 18 years. It's increasing, and the cases are getting more and more complicated.

Another aspect is benign tumors. I believe I'm seeing more fibroadenomas in patients. These tumors have a stromal component and a glandular component and are relatively large. Here, I have an example of a fibroadenoma marked in blue. You can see that approximately two-thirds of the tumor consists of stroma, which is slightly darker, and then there are small glands inside. That's a fibroadenoma. It didn't develop in the past few weeks; it's been there for some time. I've also noticed that I'm seeing fibroadenomas with proliferative domains, marked in red. You can see that the stroma is somewhat lighter, indicating edema. It looks like something is happening there. I've also seen tumors that consistently look like the area marked in red. I didn't see this before. Additionally, there are phyllode tumors, which are very rare. In the last three months, our institute had three tumors. That's... that's not right; it's too much. These tumors grow faster and can become larger compared to fibroadenomas, as shown in the image.

Another observation is the inflammatory processes in breast tissue. I often see inflammation in both the tumor and the surrounding breast tissue. Here's an example of a pre-existing duct, the slanted structure you see in the middle. In this section, you can see both periductal inflammation, around this duct, and in the epithelium, these small dark spots. These are lymphocytes. I also frequently observe colitis-like changes in the specimens, indicating inflammatory changes around the vessels. The explanation for the inflammatory processes has been touched upon by my predecessors and attempts have been made to explain it.

Moving on to tumors, my predecessor has already reported extensively on this topic. I've selected an article from the beginning of October last year. Researchers from Sweden showed that the marker protein affects DNA repair mechanisms. This was in vitro, and I'm afraid it's also the case in reality. After my interview with me at Reichel in February of this year, which received nearly 229,000 clicks, numerous patients, doctors, acquaintances, and relatives have reached out. They report cases based on their own experiences or those of their loved ones. I've chosen one case here and would like you to read it yourself. It's apparent here that the patient's age and lifestyle are not at all in line with an

aggressive lung carcinoma. I've also heard from several colleagues that it's not only the case in the lungs but also in other organ sites. It's a highly unusual case.

Following my presentation in Oslo in June of this year before Norwegian doctors and nursing staff, many patients, family members, and colleagues have reached out. They send me case descriptions, and I can see that my theory of turbo cancer after vaccination against Covid-19 holds true. I've also heard from several German gynecologists that young patients are presenting with aggressively growing tumors, shortly after vaccination. Unfortunately, I have numerous patients who urgently need help, but as a pathologist, I can't assist them. They turn to me due to side effects or turbo cancer cases and write to me that their treating doctors don't take them seriously. This seems to be the case with most doctors, not only in Sweden. There are seemingly no side effects after this Covid-19 vaccination.

Now, regarding statistics: In preparation for today, I tried to reconcile numbers with numbers. But I must briefly mention the statistics. At first, I was disappointed because there was no discernible trend in our material at our institute, which is relatively small. I looked at the number of patient cases, patient age, and tumor size. However, upon further reflection, it became clear that it can't be that simple. We have many cases where patients receive neoadjuvant treatment, treatment before surgery, which results in the tumor partially disappearing. This often applies to HER2-positive tumors. HER2 is a protein that helps tumor cells grow faster. Or in the case of triple-negative tumors, where hormone receptors are negative, meaning hormones like estrogen and progesterone are also negative. The HER2 status is also negative. In HER2-positive and triple-negative patients, a complete pathological regression is often observed, meaning that they can no longer be seen in the surgical specimen. In our case, we input tumor sizes into our surgical specimens in our statistical system. All the data is in the system, but the original tumor size doesn't appear in our system when generating statistics. This distorts the data.

Now, pathologists are often associated with autopsies. That's only a small part of my work. In recent months, however, I have performed several autopsies voluntarily, and three of them are related to the vaccination against Covid-19. However, there isn't much time for that. I would like to refer to the video from Oslo, but I would also like to highlight the issues related to autopsies that I observe. The first problem is that no autopsies are being performed. There is no interest in investigating. That's the first problem. In addition, incorrect information is provided by clinicians. I have introduced a checkbox in our institute's electronic referral form. The clinical doctor must indicate whether the person has been vaccinated against Covid-19, yes or no. And we often receive a "No," even though the patient or the deceased has already been vaccinated against Covid-19. So, if you suspect a connection with the vaccination, you need to take many more tissue samples. However, if "No" has already been checked, it's assumed to be unimportant, and it doesn't need to be done.

This is where the problem starts, with incorrect information being provided. Then there's the next significant issue: Many colleagues don't perform histological examinations at all. This means that no material is provided for microscopy, and, as a result, I cannot observe many changes. Additionally, the findings are not seen in their context or may not even be known. As they say, you only see what you know, and I'd like to add that you also only see what you want to see. Ultimately, it seems that the Covid-19 vaccination triggers rapidly growing tumors and cases of turbo cancer. It also induces inflammation in the body, as my predecessor mentioned.

Since we are here at the Bruckerhaus, a center for health consultation, and nutrition plays a very important role, I would like to show you how beautiful nature is and where I sometimes get my nourishment. For a year now, I have been more focused on the power of our nature and wild herbs. Just a few weeks ago, I collected these plants for my dinner. There are 35 different plants, including perennials, shrubs, and wild herbs. These provide me with strength and confidence for the future. Thank you.

[Applause]

[Music]